

Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården på Rio vård- och omsorgsboende, 2017

Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av MASar från tio olika kommuner.”

Metod

Kvalitetsinstrumentet QUSTA är uppbyggt med kvalitetsfrågor inom utvalda delar i den hälso- och sjukvård som bedrivs i särskilda boendeformer. QUSTA fastställer en gräns för en godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och verksamhetschef för att svara på frågorna. Verksamheten besvarar frågeformuläret som sedan returneras till uppföljare innan mötet. Vid mötet förs en dialog om områden som besvarats. Varje granskat område poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng. För uppföljning av hälso- och sjukvårdsdokumentation inhämtas verksamhetens egenkontroll av journaler samt analys av journalgranskning.

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att stimulera verksamheten till ständig förbättring och vidareutveckling. Utifrån förbättringsförslag kan en åtgärdsplan begäras in från verksamheten.

Sammanfattning

Resultatet från årets uppföljning kan inte helt jämföras med tidigare då Qusta-materialet reviderats med nya frågeställningar. Detta kan påverka poängen/procentsatsen för enskilda frågor och därmed totalresultatet.

Förvaltningens bedömning är att Rio vård- och omsorgsboende har förutsättningar att bedriva en patientsäker vård utifrån de styrdokument som finns i verksamheten samt vad ledning och hälso- och sjukvårdspersonal beskrivit vid uppföljningsmöten. Tillgång till sjuksköterska på plats dygnet runt ger goda förutsättningar för att säkra det ökande behovet av mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser i vård- och omsorgsboende.

Enligt verksamhetsuppföljningen finns ett fortsatt behov av utveckling inom områden delegering, hygien, rehabilitering, fallprevention, trycksår och mun- och tandvård. Området dokumentation bedöms utifrån om hur verksamheten säkerställer kompetens och genomför egenkontroller och loggkontroller. Vår bedömning är att verksamheten uppfyller det som efterfrågas. Ingen handlingsplan efterfrågas. Qusta-resultatet följs upp vid verksamhetsuppföljning.

Jämförande uppföljningsresultat för verksamheten

2016	2017
274 poäng 98 %	272 poäng 97 %

Resultat av kvalitetsuppföljningen.

	Frågor som regleras enligt förordningar.	Antal Poäng	Max poäng	Utvecklingsområden
1	Samverkan och informationsöverföring	20	20	
2	Läkemedelshantering	20	20	
3	Delegering	19	20	13
4	Avvikelsehantering	20	20	
5	Medicintekniska produkter	20	20	
6	Hygien	18	20	10
7	Rehabilitering	18	20	1, 9
8	Demens	10	10	
	Frågor om vård och behandling			
9	Fallprevention	19	20	6
10	Trycksår	19	20	10
11	Nutrition	20	20	
12	Mun och tandvård	19	20	3
13	Kontinens	20	20	
14	Vård i livets slutskede/Palliativ vård	20	20	
15	Dokumentation	10	10	
	Summa	272	280	Uppfyllelse i 97 %

1. Samverkan och informationsöverföring

Det ska i verksamheten finnas rutiner för hur personalen ska kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Av rutinerna ska framgå telefonnummer till aktuella läkare. Kopia på aktuell samarbetsöverenskommelse med läkarorganisation ska finnas tillgängligt.

Bedömning/Utvecklingsområden

Entreprenören har ännu inget avtal som ger verksamheten möjlighet att inhämta information om patient via NPÖ.

2. Läkemedelshantering

Lokal rutin för läkemedelshantering ska finnas i verksamheten. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras. Extern granskning av läkemedelshanteringens ska göras årligen.

Bedömning/Utvecklingsområden

Extern granskning är planerad under mars månad 2017.

3. Delegering

Legitimerad personal kan delegera vissa arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Vid delegering av läkemedelsutlämnande ska utbildning som ges i samband med delegeringen följas av en skriftlig kunskapstest. Vid annan delegering ska den reella kompetensen säkras genom instruktioner och praktik. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Delegeringarna ska regelbundet följas upp och förnyas årligen.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten genomför egenkontroll avseende delegeringar. Strukturerad analys av resultat kan förtydligas i den lokala rutinen. Användande av dokumentationssystemets modul för delegeringar har inte implementerats i verksamheten.

Det förekommer att sjuksköterskor ansvarar för delegeringar till fler än 20 personer.

4. Avvikelse

Ledningssystemet ska innehålla lokala rutiner för risk och händelseanalys samt rutiner för avvikelshantering. Vid en risk för eller när en negativ händelse skett ska detta alltid rapporteras samt analyseras och eventuella åtgärder vidtas. Händelsen och åtgärder återkopplas till personalen.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten rapporterar och hanterar händelser i företagets eget kvalitetssystem (ADD). Verksamheten uppger att avvikelser som rör missade signeringar av läkemedelsöverlämnande i stort sett inte förekommer längre. Rapportering av avvikelser i vårdkedjan har vid

uppföljningen uppmärksammats som ett utvecklingsområde och rutin har upprättats.

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter är hjälpmedel och utrustning för undersökning, vård och behandling. Dessa ska hanteras på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna används av eller förskrivs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Omvårdnadspersonal ska ha tillräcklig kunskap om hur hjälpmedel hanteras. Det ska finnas bruksanvisningar på svenska tillgängliga för användaren. Kontroll ska genomföras regelbundet. En inventarieförteckning ska finnas där det framgår hur ofta översyn/kontroll ska ske för att produkten ska vara säker.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten genomför förebyggande service och kontroll av vårdsängar vartannat år och det har planerats för våren 2017. Personlyftar besiktas årligen. Ett sätt att säkerställa kunskap om hjälpmedelsförskrivning kan vara att implementera att all berörd personal genomgår Socialstyrelsens webbutbildning på ”Kunskapsguiden”.

6. Hygien

I särskilda boenden ska all personal arbeta utifrån basala hygienrutiner. För god följsamheten ska skyddsutrustning finnas tillgänglig. Lokala rutiner för att säkra en god vårdhygienisk standard ska finnas.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten har spoldesinfektor på samtliga plan. Regelbunden egenkontroll av funktion sker. Vid besöket är det oklart när senaste årskontrollen genomfördes. Beställning av service och årskontroll av desinfektorer görs hos leverantör och bekostas av verksamheten.

Diskdesinfektor finns ej i verksamheten. Säkerställ att instrument som används flera gånger rengörs, desinfekteras, hanteras och förvaras så att de uppnår renhetsgrad höggradigt ren.

7. Rehabilitering

Bedömning av funktionstillstånd avseende bland annat aktivitet/delaktighet inom personlig vård, hemliv (ADL) och förflyttningar ska erbjudas i samband med inflyttning samt vid uppmärksammade behov och följas upp minst årligen. Vid behov av

insatser från fysioterapeut/sjukgymnast eller arbetsterapeut ska detta erbjudas. Omvårdnadspersonal ska ges stöd och handledning i ett hälsofrämjande arbetssätt både generellt och utifrån individuellt bedömda behov hos patient.

Bedömning/Utvecklingsområden

Arbetsterapeut och sjukgymnast deltar alltid vid vårdplanering vid korttidsenheten. Verksamheten behöver säkerställa att de rutinmässigt kallas till planering för övriga enheter i verksamheten. Uppföljande bedömningar av boendes förmåga till förflyttning och gång prioriteras vid uppmärksammat behov, men kan inte alltid säkerställas minst årligen.

8. Demens

Det ska finnas lokala rutiner för vård av personer med demens enligt nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Rutinen ska omfatta hur bedömning om eventuella skyddsåtgärder ska genomföras.

Bedömning/Utvecklingsområden

Kriterier enligt Qusta bedöms uppfylla.

9. Fallprevention

Verksamheten ska ha rutiner för fallförebyggande arbete. Riskbedömning ska ge underlag till förebyggande åtgärder på individnivå. Vid fallolyckor ska hälso- och sjukvårdspersonal kontaktas. Om boende med demensdiagnos faller ska sjuksköterskan utifrån sin bedömning ta ställning till om läkare direkt behöver kontaktas eller senare informeras om fallet. Fallen ska analyseras för att minska risken för ytterligare fall.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten har genomfört ett projekt med syfte att fånga upp patienter med fler fall. Det nya arbetssättet har lett till en utveckling av teamarbetet och ökad insikt och risktänkande hos personal. Verksamheten behöver säkerställa rutinen om information till läkare då boende fallit.

10. Trycksår

Verksamheten ska ha rutiner för att förhindra att trycksår uppkommer. Riskbedömning ska ge underlag till förebyggande åtgärder.

Bedömning/Utvecklingsområden

I samband med uppföljningen uppmärksammas att det saknas rutiner för att rapportera avvikelser i vårdkedjan då patient återkommer från slutenvården med nyupptäckta trycksår. Verksamheten reviderar sin rutin.

11. Nutrition

Verksamheten ska ha rutiner för att förhindra viktnedgång och undernäring. Riskbedömning ska ge underlag till förebyggande åtgärder.

Bedömning/Utvecklingsområden

Verksamheten har tillgång till dietist inom företaget. Sjuksköterskor har fått utbildning inom nutritionsområdet under 2016. Verksamhetens sjuksköterskor kan konsultera dietisten.

12. Mun- och tandhälsovård

Problem i munnen kan ha betydelse för välbefinnandet. En bedömning av munstatus ska genomföras av sjuksköterska och ge underlag för åtgärder. Boende erbjuds munhälsobedömning årligen av uppsökande verksamhet som upphandlats i kommunen.

Bedömning/Utvecklingsområden

Utbildning för omvårdnadspersonal har ej genomförts under 2016, men har bokats för 2017.

13. Kontinens

I särskilt boende ska det finnas sjuksköterska med förskrivningsrätt av inkontinenshjälpmedel. Utredning ska göras innan förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

Bedömning/Utvecklingsområden

Kriterier enligt Qusta bedöms uppfylla.

14. Vård i livets slutskede

Det ska finnas lokala rutiner för vård i livets slutskede enligt nationella kunskapsstöd för god vård i livets slutskede.

Verksamheten ska registrera i Svenska palliativregistret som ett led i att följa upp och utveckla vården.

Bedömning/Utvecklingsområden

Palliativa ombud har utbildats i verksamheten som ett led i att utveckla palliativt förhållningssätt och arbetssätt vid vård i livets slut.

15. Dokumentation

All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att dokumentera i patientens journal så att den vård och behandling som bedöms och ges kan följas. Syftet är att säkerställa en god och säker vård. Verksamhetschef har ansvar och ska se till att det finns förutsättningar att genomföra den lagstadgade journalföringsplikten, till exempelvis tid, kompetens och utrustning. Verksamhetschefen ansvarar även för att riktlinjer är kända och följs av legitimerad personalen.

Bedömning/Utvecklingsområden

Kriterier enligt Qusta bedöms uppfyllda. Verksamheten har handledare samt får processtöd, med bl.a. introduktion av nyanställd hälso- och sjukvårdspersonal från stadsdelens dokumentationsstödjare.

Annica Myhr Högström	Linnéa Svanström Leistedt
Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Medicinskt ansvarig för rehabilitering